

Place de la resection endo-uretrale dans le traitement du cancer de la Prostate

THESE

PRESENTÉE A LA

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 28 Juin 1960

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

Pierre BESSE

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

né le 24 Janvier 1935, à ANGOULEME (Charente)



Imprimerie Générale Lyonnaise
32, cours Gambetta, 32 - LYON

1980

Place de la résection endo-urétrale
dans le traitement
du cancer de la Prostate

Place de la resection endo-uretrale dans le traitement du cancer de la Prostate

THESE

PRESENTÉE A LA

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 28 Juin 1960

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

Pierre BESSE

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

né le 24 Janvier 1935, à ANGOULEME (Charente)



Imprimerie Générale Lyonnaise
32, cours Gambetta, 32 - LYON

1960

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire M. J. LEPINE
 Doyen M. H. HERMANN, Correspondant de l'Institut
 Assesseur M. LEVRAT

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. NICOLAS, COLLET, GUIART, CADE, PATEL, LEPINE,
 TRILLAT, MOURIQUAND, MAZEL, GARIN,
 GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY.

PROFESSEURS

Physiologie	MM. HERMANN
Clinique Urologique	CIBERT
Physique Biologique, Radiologie, physiothérapie (détaché à Beyrouth)	PONTHUS
Clinique Neuro-Psychiatrique et Hygiène mentale	DECHAUME
Thérapeutique chirurgicale et Chirurgie opératoire	ROCHET
Clinique des maladies infectieuses et bactériologie	SEDAILLAN
Chimie organique et Toxicologie	CHAMBON
Clinique chirurgicale	WERTHEIMER
Hydrologie thérapeutique, Climatologie et Ecologie sociale	DELORE
Clinique médicale	PAUPERT-RAVAULT
Clinique et Prophylaxie cardio-vasculaires	FROMENT
Clinique médicale	CROIZAT
Chimie biologique et médicale	ENSELME
Clinique Chirurgicale	MALLET-GUY
Clinique chirurgie orthopédique et de chirurgie infantile	GUILLEMINET
Pharmacie galénique et matière médicale	REVOL
Clinique gynécologique	POLLOSSON
Clinique obstétricale	PIGEAUD
Médecine du Travail	BOURRET
Clinique médicale	LEVRAT
Hygiène et action sanitaire et sociale	SOHIER
Clinique stomatologique	DUCLOS
Clinique médicale infantile et hygiène du 1er âge	BERNHEIM
Biologie médicale et pharmacodynamie	JOURDAN
Botanique et Cryptogamie	NETIEN
Clinique chirurgicale	BERTRAND
Chimie analytique pharmaceutique	BADINAND
Pharmacie et Pharmacologie	DREVON
Médecine légale et Déontologie	ROCHE
Parasitologie et Pathologie exotique	COUDERT
Clinique otho-rhino-laryngologique	MOUNIER-KUHN
Clinique ophtalmologique	PAUFIQUE
Clinique dermatologique et syphilligraphique	THIERS
Clinique de pneumo-ptisiologie	BRUN
Clinique traumatologique des membres	CREYSSSEL Jean
Cancérologie	DARGENT
Anatomie pathologique	GUICHARD
Pathologie générale et expérimentale	GIRARD Paul
Anatomie	LATARJET
Pathologie chirurgicale	PEYCELON
Thérapeutique	GIRARD Marcel
Pathologie médicale	VACHON
Physio-pathologie des voies respiratoires	GALY
Histologie	X...

PROFESSEUR A TITRE PERSONNEL

Physique nucléaire appliquée à la médecine M. BERGER



PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Obstétrique	MM. BANSSILLON
Parasitologie	ROMAN
Bactériologie	BERTOYE
Physiologie	CIER J.-François
Physiologie	CHATONNET
Pharmacie galénique et matière médicale	DORCHE

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Chimie organique et toxicologie	MM. PERROT Louis
Anatomie pathologique	FEROLDI Jacques
Pharmacie et Pharmacologie	CIER André
Chimie biologique et médicale	GREYSSEL Roger
Anatomie	DUROUX Emile
Thérapeutique	BRETTE René
Histologie	DUMONT Louis-Prosp.
Hygiène	THIVOLET Jean
Parasitologie	GARIN Jean-Paul
Physique	MORET Robert
Botanique et Cryptogamie	ODDOUX Lucien

AGREGES EN EXERCICE

Neuro-chirurgie	Chargé d'enseignement	MM. LECUIRE
Cardiologie	—	GONIN André
Obstétrique	—	MATHIEU Jacques
Orthopédie	—	MARION Joseph
Propédeutique médicale	—	PONT Maurice
Pathologie médicale	—	VIGNON Georges
Pathologie médicale	—	REVOL Louis
Pathologie chirurgicale	—	JAUBERT
		de BEAUJEU
Médecine générale	—	TRAEGER Jules
Pathologie chirurgicale	—	GUILLEMIN Georges
Electro-radiologie	—	PAPILLON Jean
Obstétrique	—	BURTHIAULT René
Pédiatrie, Puériculture	—	FRANÇOIS René
Médecine générale	—	GUINET Paul
Pathologie chirurgicale	—	SAUTOT Jean
Chirurgie générale	—	MARION Pierre
Chirurgie générale	—	MICHAUD Pierre
Maladies infectieuses	—	MONNET Paul
Oto-rhino-laryngologie	—	GIGNOUX Marcel
Stomatologie	—	FREIDEL Charles
Médecine générale	—	PLAUCHU Marcel
Pathologie médicale	Chargé d'enseignement	DEVIC Michel
Médecine légale	—	COLIN Marcel
Neurologie	—	GUYOTAT Jean
Obstétrique	—	DUMONT Martial
Urologie	—	DURAND Louis-Noël
Chirurgie générale	—	FRANCILLON Jacques
Médecine générale	—	DESPIERRES Charles
Chirurgie générale	—	de MOURGUES Georg.
Chirurgie générale	—	SAUBIER Eugène
Dermatologie	—	COLOMB Daniel
Médecine du Travail	—	TOLOT François
Neurologie, Psychiatrie	—	SCHOTT Bernard
Ophthalmologie	—	BONAMOUR Georges

EXAMINATEURS DE LA THESE

Président : M. le Professeur CIBERT

Assesseurs : M. le Docteur PERRIN ; M. le Docteur DURAND

M. le Docteur GUILLEMIN



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553605_0078

A MON GRAND-PERE

A MES PARENTS

Faible témoignage de ma grande affection.

A MON FRERE

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE .

MONSIEUR LE PROFESSEUR CIBERT

Professeur de Clinique Urologique

Il nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

A NOS JUGES :

MONSIEUR LE DOCTEUR J. PERRIN

Professeur Agrégé à la Faculté

Il a bien voulu nous confier ce travail
et nous guider dans son élaboration. Sa
grande bienveillance et sa gentillesse ont
facilité notre tâche. Qu'il nous permette de
lui dire notre profonde reconnaissance.

MONSIEUR LE DOCTEUR GUILLEMIN

Professeur Agrégé à la Faculté

MONSIEUR LE DOCTEUR DURAND

Professeur Agrégé à la Faculté

Respectueux hommages.

A MONSIEUR LE MÉDECIN-COLONEL PROTAR
Directeur P.I. de l'Ecole du Service de Santé Militaire

A NOS MAÎTRES DE LA FACULTÉ

A NOS MAÎTRES DES HÔPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

A MONSIEUR LE MÉDECIN-LIEUTENANT-COLONEL DUMONT
*Chef du Service de Chirurgie
de l'Hôpital Militaire Robert-Picqué de Bordeaux*

Dans son Service, nous nous sommes
familiarisé avec les grands problèmes de
la traumatologie. Qu'il veuille trouver ici
l'expression de notre respectueux et dura-
ble souvenir.

A MES CAMARADES DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

A MES AMIS

AVANT-PROPOS

Ce travail est un essai d'analyse rapide de ce que peut être actuellement le traitement du néoplasme de la prostate d'après 308 observations recueillies de 1949 à 1958 par le Docteur Perrin.

Il ne vise pas à prôner un mode thérapeutique particulier ni à étudier les différents traitements préconisés jusqu'à ce jour. Il s'agit simplement de rapporter le travail d'un Service, ce qui y a été fait devant des malades de toutes les origines et d'essayer d'entrevoir les résultats obtenus.

INTRODUCTION

RAPPEL SUR LE TRAITEMENT DU CANCER DE LA PROSTATE

L'épithélioma prostatique est actuellement un des rares cancers, sinon le seul, où l'on possède une thérapeutique médicale qui, pour en être palliative, n'en est pas moins active. C'est un cancer où le traitement chirurgical laisse aujourd'hui le pas à la thérapeutique médicale, celle-ci ayant fait sa preuve par quinze années d'utilisation.

Le traitement actuel du néoplasme prostatique est bien connu.

Les grandes opérations à visée radicale, comme la prostatectomie élargie, sont vouées à l'échec.

Depuis quelques années, on a essayé la prostatectomie totale par voie coccy-périnéale et la prostatato-sémino-cystectomie totale associée à une lymphadénectomie pelvienne. Leur utilisation demeure très limitée, ainsi que leurs indications.

La cystostomie définitive qui, jusqu'en 1943, restait le seul moyen d'agir sur la tumeur en fin d'évolution était effroyable pour le malade et n'empêchait que l'urémie terminale.

Pendant un temps, on s'est orienté vers les agents physiques. roentgenthérapie pénétrante et curiethérapie par implantation d'aiguilles de radium. Bien que certains auteurs y demeurent fidèles, ces techniques semblent avoir une efficacité assez faible et ont l'inconvénient de donner des lésions de voisinage parfois considérables. Quant à l'emploi des isotopes radioactifs, il est encore au stade de l'expérimentation.

Aussi, les œstrogènes de synthèse, depuis 1942-1945, constituent-ils la méthode de base du traitement du cancer de la prostate. Ces produits furent mis au point après la constatation du rôle freinateur de la castration ou des hormones féminisantes naturelles sur les tumeurs prostatiques. Ils comprennent les trois groupes du diéthylstilbestrol, de

l'éthinylœstradiol et des produits plus récents dits œstrogènes à action prolongée.

Quelques opérations chirurgicales visent le même but que ces hormones de synthèse (c'est-à-dire lutter contre l'action des hormones androgènes), ce sont l'orchiectomie et la castration.

Enfin, la chirurgie garde une place importante avec la résection endo-urétrale, traitement palliatif certes, mais complément utile des œstrogènes.

Pour essayer d'être complet, disons que dans les cas très avancés, on a fait des surrénalectomies, et parfois des hypophysectomies. Mais en général chez le malade qui n'est plus soulagé ni par les œstrogènes, ni par l'orchiectomie, on administre de la cortisone.

Donc, actuellement, le traitement général de l'épithélioma prostatique, ce sont les hormones de synthèse auxquelles vient s'ajouter éventuellement la résection trans-urétrale dont l'intérêt demeure non négligeable, comme nous allons le montrer

Nous envisagerons successivement, après un exposé rapide des principes de la résection endo-urétrale :

- 1) Les bases du traitement institué :
 - les œstrogènes,
 - la résection,
 - le problème diagnostique.
- 2) L'action du traitement hormonal :
 - sur le cancer, la maladie cancéreuse,
 - sur les troubles urinaires.
- 3) La résection et ses suites.
- 4) La place actuelle de la résection.

LA RESECTION ENDO-URETRALE

Il y a longtemps qu'en matière de pathologie prostatique, on a cherché à intervenir sur l'obstacle par voie intra-urétrale. Des tentatives diverses sont faites dès le début du XIX^e siècle. Les appareils utilisés sont des lithotriteurs dont Mercier en France fut le promoteur. En 1877, Bottini y adjoint un galvanocautère. Mais ces opérations aveugles ne se généraliseront qu'au début de ce siècle, quand on adjoindra aux urétroscopes des systèmes optiques et un éclairage permettant enfin des opérations sûres et précises. La découverte des courants à haute fréquence apportera un nouveau moyen d'atteindre les tissus par coagulation et escharification.

Néanmoins, ce n'est qu'à partir de 1926, quand Stern remplaça le mandrin coupant par l'anse électrique, que l'on posséda des résecteurs intéressants. Et aujourd'hui, les résecteurs employés sont du type Mac Carthy.

Principes sommaires de l'opération :

— L'instrumentation comprend, outre le résecteur :

1) Un générateur à haute fréquence muni d'un dispositif de section (courant à ondes entretenues) et d'un dispositif de coagulation pour l'hémostase (courant à ondes amorties).

2) Une pile indépendante pour l'éclairage du résecteur.

3) Un réservoir destiné au liquide d'irrigation. Il sera placé au-dessus de la table d'intervention, à une hauteur inférieure à un mètre en raison du risque d'hyperpression. Le liquide est le plus souvent de l'eau distillée ou de condensation.

— L'opération commence par l'introduction du résecteur qui se fait comme pour une sonde ordinaire, avec la précaution de ne jamais forcer, en raison des fausses routes ou des arrachements de la muqueuse.

Une fois en place, le résecteur va travailler, le contrôle de la résection étant exercé à l'aide de l'œil par l'optique de l'appareil, et à l'aide de l'index de la main libre qui sert de guide intra-rectal.

Des problèmes se posent au cours de l'intervention, en dehors du processus de taille lui-même.

Il faut réaliser l'hémostase.

— Pour les artères, elle se fait avec le courant coagulant. Il faut amener l'anse sur le vaisseau qui saigne, et pour cela bien voir le jet de sang de profil. On déplace donc le résecteur dans divers plans jusqu'à la bonne incidence. Le courant doit être appliqué sur le point de saignement seulement.

— Pour les veines capsulaires, qui forment un réseau vasculaire très riche, l'hémostase est également justifiée. Mais elle est difficile, jamais parfaite, souvent trompeuse, l'écoulement étant stoppé par une pression liquidienne intravésicale forte, et réapparaissant quand on vide la vessie.

L'irrigation en cours d'intervention doit toujours éviter une hyperpression. Le réservoir ne doit pas être à plus de 1 mètre au-dessus de la table. Vers la fin de la résection, les sinus veineux étant ouverts, il faut vider plus souvent la vessie qu'au début, afin d'éviter une hyperpression qui ferait passer l'eau dans les veinules.

La récupération des tissus réséqués est nécessaire, car l'accumulation des fragments dans le bas-fond vésical gêne l'opérateur et peut amener des complications ultérieures. Surtout, cette récolte permet de déterminer la quantité réséquée et de faire un examen histologique.

Dans le domaine des néoplasmes prostatiques, l'application de cette technique est assez récente. C'est en 1943 que le Professeur Cibert présente devant l'Académie de Chirurgie le résultat d'une telle indication, d'après une statistique de 100 malades. L'intérêt primordial d'une telle méthode apparaît alors. La résection endo-urétrale permet de supprimer ou d'éviter la cystostomie, cette thérapeutique de dernier ressort qui condamne le malade à terminer sa vie dans des conditions lamentables.

Nous reviendrons plus loin sur les risques et les difficultés de la résection. Mais en 1943, la résection endo-urétrale, toute palliative soit-elle, était la transformation complète des conditions de vie du malade rétentionniste.

La découverte de l'action des œstrogènes sur les épithéliomas de la prostate et l'utilisation des œstrogènes de synthèse ont balayé toutes

les thérapeutiques proposées jusqu'alors. La résection semblait ne plus avoir de fondement.

Actuellement, l'expérience de 15 années d'utilisation des hormones de synthèse montre qu'il s'agit toujours du seul traitement valable du cancer de la prostate. Néanmoins, la résection endo-urétrale reste un moyen complémentaire fort utile et dont l'indication est encore fréquemment posée. C'est ce que nous avons essayé de montrer sur une série de 308 malades vus par le Docteur Perrin, dans son Service de l'Hôpital de l'Antiquaille et dans sa clientèle personnelle.

LES ELEMENTS DE NOTRE STATISTIQUE

Nous avions au départ 363 observations, mais nous avons éliminé d'emblée 55 observations qui concernaient des malades amenés à l'Hôpital en fin d'évolution et chez lesquels aucun traitement valable ne put être institué (cachexie, déséquilibres humoraux importants...). Il s'est agi dans quelques cas de malades présentant simultanément une autre affection grave qui primait la néoformation prostatique et fut à l'origine de l'issue fatale (néoplasmes, affections psychiatriques graves, etc...).

Nous nous sommes donc occupés d'une série de 308 observations en provenance de deux sources :

- 108 observations de clientèle ville.
- 200 observations de clientèle hôpital.

Tous ces malades eurent un traitement. Néanmoins, il s'est agi de malades tout-venant, c'est-à-dire qu'on envisage, à côté des bons cas vus précocement, tous les malades examinés à un stade avancé, l'histoire clinique remontant à plusieurs années auparavant. S'y trouvent aussi les sujets dont le néoplasme fut diagnostiqué plusieurs années plus tôt, mais qui ont interrompu d'eux-mêmes un traitement initialement bien institué. Enfin, un bon nombre de malades est revenu de façon irrégulière, d'où un manque de contrôle précis et un défaut inévitable dans la conduite rigoureuse du traitement.

Tout cela se traduit d'ailleurs par quelques différences entre nos deux séries de malades, le service hospitalier voyant pour une grosse part des pensionnaires d'hospices, maisons d'invalides et de retraites.

Il n'a pas été possible de retrouver le devenir de tous les malades. Cependant, une enquête menée sur une série de 10 malades perdus de vue et pensionnaires d'un hospice a montré que le traitement fut suivi régulièrement et que le décès est survenu dans les 6 mois suivant la dernière consultation.

On peut donc admettre de façon assez précise que les malades dont le décès n'est pas communiqué, mais qui avaient consulté de façon assez régulière et présentaient un état médiocre à la dernière consultation, sont décédés dans les 6 mois qui suivirent. On ne jugera pas chez les malades vus de façon épisodique ou dont le dernier examen est récent (— 6 mois, — 1 an).

A. — LES BASES DU TRAITEMENT INSTITUE

En principe, tous les malades ont eu un traitement par les œstrogènes selon la méthode classique : traitement d'attaque avec des doses élevées pendant 15 jours à 3 semaines, poursuivi par un traitement d'entretien à doses plus faibles, adaptées aux signes cliniques. On a toujours utilisé d'abord le diéthylstilbœstrol ou les produits voisins (diénœstrol), en les remplaçant ces dernières années, lorsqu'ils perdent leur activité ou sont mal tolérés, par un œstrogène à action prolongée (injection tous les 15 jours par exemple).

Donc, toutes les fois où le diagnostic de néoplasme prostatique fut posé, le sujet a été soumis à un traitement œstrogénique.

Ceci a été relevé dans 275 observations. Dans les autres cas, un adénome associé a fait passer à côté du diagnostic de néo et le traitement initialement pratiqué fut une prostatectomie ou une résection pour adénome, la thérapeutique hormonale n'étant instituée qu'ultérieurement.

Chez ces malades soumis à l'hormonothérapie, en dehors de l'effet sur la maladie elle-même, qui fut variable, l'action sur les troubles urinaires échoua dans certains cas. L'échec immédiat ou plus ou moins éloigné, amena à pratiquer la résection endo-urétrale.

En somme, les bases du traitement institué furent :

- œstrogénothérapie systématique dès le diagnostic posé,
- éventuellement, résection devant une symptomatologie urinaire rebelle.

B. — LES CONDITIONS DU DIAGNOSTIC

Le diagnostic de cancer de la prostate s'est basé, suivant les circonstances, sur plusieurs éléments :

1) Sur la clinique et l'évolution clinique seules, parce qu'il n'y a pas eu d'examen histologique. Ce sont les cas où les signes urinaires sont mineurs ou rétrocedent bien au distillbène.

Les éléments qui ont surtout étayé le diagnostic sont :

- le toucher rectal, examen de base car le plus fidèle,
- les signes urinaires d'apparition ou plus souvent d'aggravation récente,
- la baisse de l'état général et l'amaigrissement,
- la découverte éventuelle de métastases,
- le bienfait du traitement hormonal sur la maladie et les signes urinaires,
- enfin, la confirmation du diagnostic a toujours été apportée par l'évolution ultérieure.

Un tel diagnostic a été porté 174 fois (100 malades d'hôpital et 74 de clientèle).

2) Sur la clinique, confirmée par l'histologie : on a reconnu le cancer. On institue le traitement. Les symptômes urinaires demeurent importants. On pratique alors une résection qui permet un examen anatomo-pathologique confirmatif.

Cette preuve histologique a été apportée 95 fois (74 malades d'hôpital et 21 de clientèle).

3) Sur l'histologie associée aux constatations per-opératoires.

Cliniquement, adénome: le toucher rectal en particulier ne rencontre aucune induration, aucun nodule suspect. On intervient et on découvre le processus malin (clivage laborieux, adhérences ou aspect tumoral manifeste).

Souvent, les suites de telles prostatectomies sont troublées par des accidents hémorragiques

Enfin, le compte-rendu histologique confirme le diagnostic opératoire, ou même révèle l'épithélioma.

De tels faits ont été relevés 32 fois (20 malades d'hôpital et 12 de clientèle), dont 3 au cours d'une résection pour adénome et 29 fois au cours d'un Millin.

4) Sur la clinique, malgré une histologie négative : 7 cas (6 malades d'hôpital et 1 de clientèle).

1. Tha... Hippolyte, 67 ans.

Prostatique ancien, Adénomectomisé en 1949. Consulte fin 1950 pour pollakiurie à 10 mictions par nuit et baisse de l'état général. Toucher rectal très douloureux. Néo de la coque certain. Urée à 0,35 ‰. U.I.V. : R.A.S. Mis au distilbène. Persistance de la dysurie. Résection (3 gr) dont l'histologie révèle un fibrome pur de la prostate. Pas de néo. Amélioration urinaire relative. Œstrogènes irrégulièrement pris. En novembre 1955 : carcinose prostatopelvienne. Décès en décembre de néoplasme prostatique.

L'histologie peut donc commettre des erreurs par défaut sur des tumeurs encore peu avancées, les coupes étudiées tombant sur du parenchyme sain.

Elle peut commettre des erreurs par excès quelquefois ; la cellule cancéreuse étant très difficile à reconnaître, les critères certains de malignité très rares.

Il s'agit donc d'un examen complémentaire de valeur, mais qui seul, ne suffit pas en général. Et l'évolution clinique, lorsqu'elle est évidente, prime tout.

BILAN THERAPEUTIQUE

Nous avons essayé d'évaluer dans tous les cas, et quel que soit le traitement, la durée d'évolution totale d'après nos 308 cas.

Cette durée est difficile à préciser de façon exacte. Pour en avoir une idée véritable, il faudrait dépister le cancer au stade 0 et prendre ce stade pour départ. Ceci est actuellement impossible. Combien de temps la tumeur reste-t-elle latente ? On ne peut pas le déterminer, d'autant que cette latence est sûrement très variable selon les cas. En prenant pour départ le début clinique de la maladie, on fait donc une approximation grossière. De plus, les premiers symptômes sont souvent difficiles à localiser dans le temps. Rarement, l'ouverture de la scène se fait par une rétention aiguë ou une hématurie brutale. Quelqu'fois, il s'agit d'une simple baisse de l'état général. Mais dans la majorité des cas, il s'agit de l'aggravation d'un prostatisme ancien difficile à évaluer. Tout cela explique la variabilité assez grande dans les statistiques de survie (d'autant que certains auteurs prennent pour départ l'institution du traitement, ce qui est aussi discutable que le début clinique de la maladie).

Dans un certain nombre de cas, on n'a pas la date exacte du décès. Dans ce cas, nous n'avons retenu que les malades régulièrement suivis depuis suffisamment longtemps, et nous avons admis que le terme de la maladie se situe dans les 6 mois suivant la dernière consultation.

Tous les malades ne purent être suivis durant toute leur maladie ; il nous est impossible de juger, soit parce que la date du décès n'est pas connue, soit parce qu'ils sont encore vivants.

Il faut donc séparer :

— les malades perdus de vue plus ou moins tôt :

58 cas, soit 19 % du total des observations ;

— les malades toujours en traitement :

37 cas, soit 11 % du total.

Ces malades sont suivis depuis :

2 ans : 7 cas ;

3 ans : 8 cas ;

4 ans : 9 cas ;

5 ans : 7 cas ;

6 ans : 2 cas ;

8 ans : 1 cas ;

9 ans : 1 cas ;

10 ans : 1 cas ;

12 ans : 1 cas.

— Les malades décédés à une date connue et qui ont été suivis régulièrement pendant leur maladie.

La durée d'évolution clinique du cancer de la prostate sur cette série de 213 malades se répartit comme suit :

— 22 néo. ont évolué cliniquement en moins de 1 an.

— 31 néo. ont évolué cliniquement en moins de 2 ans.

— 32 néo. ont évolué cliniquement en moins de 3 ans.

— 41 néo. ont évolué cliniquement en moins de 4 ans.

— 33 néo. ont évolué cliniquement en moins de 5 ans.

— 54 néo. ont évolué cliniquement au delà de 5 ans.

L'évolution clinique de la maladie a donc duré :

— plus de 1 an dans 90 % des cas ;

— plus de 2 ans dans 75 % des cas ;

— plus de 3 ans dans 60 % des cas ;

— plus de 4 ans dans 41 % des cas ;

— plus de 5 ans dans 25 % des cas.

I. — ACTION DU TRAITEMENT HORMONAL

A) Sur la maladie cancéreuse

Il n'est évidemment pas question d'une guérison, mais d'une amélioration. Ce traitement médical vise à améliorer le malade du point de vue symptomatologique et allonger sa durée de vie.

Nous avons essayé de juger cette action sur la régression de l'ensemble des symptômes de la maladie. On s'est tenu à constater l'efficacité de la thérapeutique sans trop essayer de présumer de sa durée. Cette action est évidente. Dans notre statistique, les faits suivants furent notés :

— Dans 196 cas, les malades furent satisfaits de l'amélioration que leur a procuré le traitement.

131 malades ont été améliorés, le traitement médical seul ayant été utilisé pendant toute la maladie ;

24 néoplasmes, découverts au cours d'un Millin pour adénome, ont ensuite bien réagi au distilbène ;

41 améliorations sont survenues chez des malades où les troubles urinaires seuls résistèrent aux œstrogènes, entraînant une résection plus ou moins précoce.

— Il faut y ajouter 15 cas où une efficacité générale sur la maladie fut certaine, mais rapidement anéantie par un arrêt de la thérapeutique dû à des malades trop confiants, satisfaits de leur état.

Tout ceci : 68 % des observations étudiées.

— Chez 94 malades, l'amélioration fut très relative ; certains troubles ont persisté, en particulier, les douleurs par compression, l'œdème des membres inférieurs ou des organes génitaux externes. L'état général lui-même est resté médiocre. Cette efficacité certaine, mais partielle, représente 30 % des malades.

Voici quelques observations représentant les diverses éventualités rencontrées :

— Réaction favorable au traitement hormonal.

2. Duv... Joseph, 81 ans.

Néo diagnostiqué en 1948, traité par distilbène. Consulte en avril 1955, car pollakiurie et dysurie légère depuis 1 mois (le malade a arrêté son traitement il y a deux mois). T.R. : adénome avec masse dure à droite. Reprise du traitement. Suivi jusqu'en avril 1957, bon état général, signes urinaires stabilisés. Survie supérieure à 8 ans.

3. Rey..., 63 ans.

Consulte en juin 1949. Dysurie et pollakiurie à 5 mictions par nuit depuis 1 an. Baisse de l'état général. T.R. : prostate petite, mais dure. Pas de résidu. Mis aux œstrogènes : nette amélioration (2 mictions par nuit). Légère dysurie. L'état général remonte. Ne se plaint que de sa gynécomastie douloureuse. En 1950 : nouvelle altération de l'état général. Métastase hépatique. On administre des microcristaux. Nouveau répit jusqu'en octobre 1955 où apparaissent lassitude, œdème des membres inférieurs ; pas de dysurie. Décès en mars 1956. Survie supérieure à 6 ans.

4. Laf..., 67 ans.

Envoyé en décembre 1954 car, depuis 6 mois, sciatique, amaigrissement. Depuis 2 ans : 3-4 mictions par nuit, légère dysurie. T.R. : néo certain du lobe gauche. La vessie est vide. Métastase branche iléo-pubienne gauche, sacro-iliaque droite. Mis aux œstrogènes ; état stationnaire jusqu'en février 1957 où le traitement n'est plus toléré. En octobre : baisse de l'état général, douleur du bassin, les mictions restent faciles, 1 à 2 par nuit. Décès en avril 1958.

5. Gac..., 56 ans.

Vient en novembre 1955. Douleurs lombo-sacrées et constipation depuis 1 mois. T.R. : néo certain avec nodule sous la paroi rectale. Les œstrogènes améliorent tous les symptômes. Rétrocession d'une dilatation rénale à l'U.I.V. En septembre 1956, douleurs intenses, n'est plus soulagé. Mis au cortancyl : reprise de poids, les douleurs cèdent. Début 1957 : douleurs atroces ; on discute la surrénalectomie. Finalement, orchietomie bilatérale. Pas d'amélioration notable. Décès en juillet.

— L'échec total fut noté dans 8 cas. chez des malades où l'histoire clinique permettait de faire remonter le début de la maladie à au moins 1 an.

6. Rou... Laurent, 80 ans.

Néo découvert en novembre 1954. Prostatisme intense s'aggravant depuis 1 an. On préconise le distilbène. Le traitement n'est pas suivi. Entre dans le Service en février 1955 avec pollakiurie intense, urines rougeâtres, état général très altéré. T.R. : néo sans carcinose prostatopelvienne. Distilbène sans effet. Les troubles urinaires demeurent. Cachexie progressive. Décès en mars 1955.

— Quant aux intolérances, elles furent notées 5 fois de façon formelle, obligeant l'administration de doses très faibles.

7. Lin... 80 ans.

Envoyé en février 1957 pour pollakiurie depuis 1 an (6-7 mictions par nuit), 2 hématuries totales en décembre et janvier, douleurs lombaires basses. Bon état général. T.R. : néo corne gauche. Intolérance au distilbène et au cycladiène. Urines sanglantes. Pollakiurie inchangée. On essaie les œstrogènes par voie sous-cutanée. Décès, malgré le traitement en mai 1957. Mictions toujours difficiles et rétention terminale.

Les incidents thérapeutiques les plus fréquents furent des troubles digestifs (nausées et vomissements, ictères) ou une gynécomastie douloureuse, mais ils ne constituèrent jamais une entrave grave au traitement. Ces manifestations furent bien contrôlées par une diminution de la posologie ou un changement de produit.

Cette action généralement bénéfique des œstrogènes disparaît au bout d'un temps variable, coïncidant avec le terme de la maladie. Dans certaines circonstances, le malade peut survivre encore quelques mois malgré la multiplication des métastases, et ceci avec des douleurs intolérables, un état général misérable.

Dans ces cas où le distilbène a épuisé son action, on a eu recours à d'autres thérapeutiques :

— *La Cortisone* :

Elle fut administrée dans 8 cas. Dans toutes les observations, il s'agissait de malades à métastases osseuses présentant des douleurs intenses.

Dans 4 cas, il y eut une amélioration temporaire :

— de 3 mois (après 1 an d'œstrogènes) ;

— de 3 mois (après 5 ans d'œstrogènes) ;

avec un très bon résultat sur la douleur et l'état général.

— de 2 mois (après 7 ans d'œstrogènes) ;

— de 1 an 1/2 (après 2 ans 1/2 d'œstrogènes).

8. Com... Arsène.

Malade adressé en avril 1954, pour douleurs testiculaires et œdème scrotal depuis 8 jours. Signes urinaires discrets. T.R. : prostate dure. Œdème des membres inférieurs. Phosphatases acides : 696 uB et alcalines 10 uR. U.I.V. : normale. Métastases iliaques peut-être. Mis au distilbène. En 1955 : métastases lombaires. En 1956 : pollakiurie, dysurie intense. Résection ; 3 mois plus tard : carcinose prostatopelvienne. Métastases du bassin diffuses, fémur droit, colonne. Cortancyl : amélioration et reprise de l'état général pendant toute l'année 1957. Nouvelle aggravation en mars 1958. Décès en mai.

Chez 1 malade, on nota une amélioration relative de l'état général pendant 15 mois, mais persistance de douleurs osseuses.

3 échecs totaux : les algies osseuses restent inchangées.

— *L'orchiectomie* :

Nous en avons relevé 2 cas, 2 échecs.

Que peut-on dire de l'influence des œstrogènes sur la survie ? Il est difficile de juger, car le traitement est institué à des stades très variables et il est impossible d'apprécier parfois dans quelle mesure ce traitement est bien appliqué par le malade. D'après nos 213 cas dont l'issue est connue, la survie semble assez faible. Pendant les 5 premières années d'évolution d'un cancer de la prostate, nous avons 10 à 15 % de décès chaque année. Le nombre de survies au delà de 5 ans s'affaiblit rapidement, puisque nous ne relevons que 11 cas certains de survie au delà de 8 ans, et il semble bien s'agir là de « bons cas » où le potentiel évolutif de la tumeur est faible.

B) Action sur les troubles urinaires

1) *La rétention complète* sera d'abord envisagée, car c'est un tableau relativement fréquent du cancer de la prostate puisqu'on l'a relevé 63 fois sur 308 observations. Habituellement, il s'agit d'un malade inconnu qui, dans l'impossibilité d'uriner depuis 24 heures ou davantage, est amené d'urgence ou porteur d'une sonde à demeure. Devant un tel malade, il faut penser au néoplasme prostatique, et si le diagnostic est porté, placer la sonde à demeure et donner du distilbène.

Sur 63 rétentions complètes attribuées rétrospectivement à un néoplasme de la prostate, il faut éliminer 16 observations où tout faisait penser à un adénome : on pratique une opération de Millin et la découverte de la tumeur est per-opératoire.

9. Rio... Pierre, 75 ans.

Envoyé pour rétention aiguë en octobre 1954. Prostatisme depuis 10 ans, aggravé depuis 1 an. T.R. : grosse prostate sans induration ; urines claires ; urée : 0,65 ‰. U.I.V. : normale. Phosphatases alcalines : 7,5 uR. Millin : suites hémorragiques (par sonde et cicatrice) ; urines sanglantes ; histologie : adénome + épithélioma typique. Œstrogènes : amélioration nette et stable. En février 1957 : baisse de l'état général. Douleur des membres inférieurs. Décès en mai 1957.

10. Bot...-Bos..., 66 ans.

Entre dans le service en mai 1951. Dysurie et pollakiurie anciennes. Rétention depuis 2 jours. T.R. : prostate douloureuse, volumineuse, homo-

gène, élastique. Millin : adénome 41 gr avec zone suspecte ; l'histologie répond : épithélioma glandulaire typique ; suites simples. Distilbène : revient en août 1955 : a arrêté son traitement depuis 1 an ; troubles urinaires importants ne cédant pas au distilbène. Résection en septembre : bon résultat, mais en octobre métastase vertébrale ; défaillance cardiaque. Décès en décembre.

11. Dum..., 74 ans.

Troubles urinaires anciens. Rétention passagère en 1937. Arrive en janvier 1951 en rétention aiguë complète. Bon état général. T.R. : adénome. Graphie et U.I.V. : bonnes. Adénomectomie qui ne montre rien qu'un adénome. Histologie : Néo. Suites simples. Mis aux œstrogènes. Amélioration. Pollakiurie demeure à 4 mictions par nuit. Revu jusqu'en décembre 1959 : bon état général. 1 miction par nuit. Gros néo au T.R.

Dans les 47 autres cas, le cancer est identifié et on donne des œstrogènes :

— On enregistre 19 échecs. Après un distilbène d'épreuve qui reste sans effet sur l'état urinaire (nouvelle rétention à l'ablation de la sonde à demeure), on est contraint de pratiquer une résection. La rétention cède alors, sauf dans un cas où 3 résections successives ne donnent rien et il ne reste que le recours à la cystostomie.

12. Dup..., 77 ans.

En mai 1955 : rétention complète 1.500 cc. Diagnostic de néo au T.R. : sonde à demeure et distilbène. Echec. Résection au bout de 15 jours. Suites simples. Histologie confirmative. Suivi jusqu'à la fin de 1958 ; 2 mictions par nuit. Pas de dysurie. Très légère incontinence. Régression du néo au T.R.

13. Pre... Johannès, 83 ans.

Arrive en rétention en novembre 1956. La maladie a commencé il y a un an par dysurie et pollakiurie intenses. L'état général est bien conservé. Sondage 1.100 cc. Au T.R. : néo évident. Phosphatases : 168 uB. Distilbène sans effet. Résection : 6 gr qui révèle un épithélioma atypique infiltrant. Suites simples. Amélioration nette jusqu'à la dernière consultation en novembre 1957. Radiologiquement, persistance d'une urétéro-hydronéphrosé gauche. Métastase de L5.

— Un échec total, malgré résection :

14. Moi... Claude, 72 ans.

Entre en novembre 1956 en rétention aiguë. L'histoire remonte à plusieurs semaines : pollakiurie nocturne à 5-6 mictions par nuit. A l'examen : sondage 2.000 cc. Mauvais état général. T.R. : tumeur dure et irrégulière. Urines claires. Quelques hématies. Traces d'albumine. Urée : 0,65 gr %₀. U.I.V. : bonne. Phosphatases : 5,2 uB. Œstrogènes : pas d'amélioration urinaire. Résection : 3 gr., rétention demeure ; reste à la sonde. Résection : 2 gr, échec. Résection 3 gr, échec. Cystostomie en février 1957. Amélioration de l'état général. Décès en mai 1957.

— 8 fois, l'amélioration fut temporaire :

- 3 fois la rétention cède sous l'influence des œstrogènes, mais récidive plus ou moins tôt.
- 5 fois, il faut pratiquer une résection complémentaire, car les troubles urinaires s'aggravent à nouveau et l'on redoute la récidive.

15. Cur... Pierre, 80 ans.

Prostatisme depuis 4-5 ans. Aggravation depuis 1 an. Rétention aiguë il y a un mois qui cède au traitement hormonal. Depuis 15 jours, les signes urinaires ont réapparu. Entre le 2 octobre 1952 en rétention depuis 4 jours. T.R. : néo certain mais petit. Urée : 0,35 gr ‰. U.I.V. : normale. Résection (3 gr). Amélioration stable jusqu'à la dernière consultation en octobre 1955. Décès en février 1956.

— 14 succès furent enregistrés par le seul traitement médical (avec sonde pendant quelques jours).

16. Hug..., 65 ans.

Prostatisme depuis 1 an. Arrive le 2 janvier 1954 en rétention depuis 48 heures. Bon état général. Au T.R. : néo. L'U.I.V. ne montre rien d'anormal. Traité par sonde à demeure 5 jours + distilbène. La rétention cède. Ne se lève plus la nuit. Plus de dysurie. Etat stable jusqu'en 1956. Œstrogènes bien supportés. Décède de son néo en février 1957.

17. Dup... Ernest, 77 ans.

Forte pollakiurie et sensation de mictions incomplètes depuis 10 mois. Arrive en juillet 1956 en rétention complète. Bon état général. Sondage : 1.100 cc. T.R. : prostate dure, cartonnée, surtout lobe droit. Urée : 0,50 gr ‰. U.I.V. : bonne. Sonde à demeure + distilbène : amélioration évidente. Revient en octobre 1957 : état général bas ; carcinose prostatopelvienne ; très dysurique. Résection : 10 gr ; histologie confirmative. Amélioration passagère. Décès en décembre.

Nous citerons enfin 6 malades connus, amenés en rétention complète, malgré le traitement. La résection fut toujours nécessaire.

18. Con... Louis, 75 ans.

Prostatisme depuis octobre 1952. Est aux œstrogènes depuis novembre. Entre en juillet 1953 en rétention aiguë. T.R. : prostate dure ; vésicule séminale gauche perçue. Urines rouges. Nombreuses hématies. Urée : 0,70 gr ‰. U.I.V. : normale. Résection : 2 gr et résection (6 gr) une semaine plus tard. Suites simples. Amélioration. Revient en août 1954 : douleurs lombaires et de la cuisse droite. Métastases colonne et bassin. On ajoute au distilbène de la cortisone. Echec. Décès le 25 août.

— A noter que 2 fois, il s'agissait de tumeurs en fin d'évolution, soumises depuis longtemps aux œstrogènes.

19. Mal... Joseph, 66 ans.

Prostatectomisé en 1948. Diagnostic de néo. En 1951: distillbène + résection. Vient en mai 1957 en rétention depuis 4 jours. Sondage : 5 litres. Etat général bas. Urée à 0,65 gr ‰. U.I.V. : absence d'élimination à droite. Dilatation urétérale à gauche. Résection (11 gr). Histologie confirmative. Décès en juillet.

En somme, chez les malades dépistés à l'occasion d'un épisode de rétention complète, l'institution d'un traitement au distillbène n'est pas toujours suffisant pour faire céder la rétention. Dans 34 % des cas seulement il s'avéra efficace.

2) La rétention chronique incomplète.

Il a été observé 30 rétentions chroniques incomplètes :

— 6 malades présentaient un adénome évident et ce n'est qu'à l'intervention que se révéla le processus malin. Après l'opération, la rétention disparut dans tous les cas. Avec l'institution du traitement hormonal, on obtient un résultat stable.

— 22 malades virent leur cancer dépisté au cours d'une rétention chronique incomplète.

- 13 fois, l'insuffisance du distillbène posa l'indication d'une résection complémentaire.

20. Gir..., 81 ans.

Vient en rétention incomplète en novembre 1951. Pollakiurie toutes les heures. Brûlures à la miction. Résidu : 400 cc. Œstrogènes sans effet. Résection. Suites simples. Suivi jusqu'en septembre 1957. Mictions faciles, 2 par nuit. Pourtant au T.R. : gros néo. Ne se plaint que de douleurs intermittentes de l'hypocondre droit.

- 9 fois les œstrogènes supprimèrent la rétention avec dans 5 cas un résultat stable, puisque le résidu vésical ne fut plus noté au cours de l'évolution de la maladie.

21. Hus..., 75 ans.

Pollakiurie depuis 1 an. Depuis 3 semaines, dysurie ; urines troubles ; hématuries. Entre en juin 1957. Etat général moyen. Vessie douloureuse. 300 cc de résidu. U.I.V. : normale. Urée à 0,50 gr ‰. Œstrogènes : amélioration nette. Plus de résidu. Revient en avril 1958. Résidu : 680 cc (a arrêté son traitement depuis 3 mois). Œstrogènes : nouvelle amélioration jusqu'à la dernière consultation en janvier 1959. Pas de résidu.

— On signalera enfin 2 cas de rétention incomplète apparue en cours de traitement, aucun résidu n'ayant été noté au moment du diagnostic.

Par conséquent, l'action des hormones sur l'état de rétention chronique incomplète s'est montrée efficace dans 40 % des cas. Mais la durée d'amélioration est variable. Dans 4 observations, la rétention apparut de nouveau dans un délai de 6 mois à 1 an.

3) *La distension vésicale — La dilatation rénale.*

La rétention incomplète avec distension vésicale a été observée de façon assez rare dans notre statistique, puisqu'on en a relevé 21 cas.

Chez ces 21 malades, les œstrogènes ne donnèrent que 3 succès. Dans tous les autres cas, une résection s'imposa.

22. Pot..., 73 ans.

Prostatectomisé en 1947. Vient en avril 1949 pour réapparition de la pollakiurie et altération de l'état général. Episode d'infection urinaire. Résidu : 900 cc. T.R. : coque très dure. Urines claires. Urée : 0,42 gr ‰. Œstrogènes. Grosse amélioration (2 mictions par nuit). Résidu : 200 cc. Reprise de l'appétit. Suivi jusqu'en février 1951. Résidu 100 cc, légère dysurie.

23. Mar... Joseph, 59 ans.

Dysurie par poussées depuis 1951. En rétention incomplète avec mictions par regorgement depuis 4 mois. Arrive en mai 1956. Résidu : 1.000 cc. T.R. : néo probable. Œstrogènes sans effet. Résection (3 gr). Pollakiurie tombe à 1 miction par nuit. L'état général remonte. Histologie confirmative. Va bien jusqu'en février 1959.

Donc, chez les malades à grosse vessie qui présentent des mictions par regorgement, les œstrogènes échouent presque toujours sur le plan urinaire.

On a essayé d'apprécier l'action du traitement médical sur la dilatation rénale. Dans 17 cas, l'urographie lors du premier séjour montra une dilatation urétérale et urétéropyélique et il y eut un contrôle ultérieur, après institution du traitement. On assista à une régression partielle ou totale de la dilatation chez 10 malades. Chez les 7 autres, l'image radiologique resta inchangée.

— 5 fois il s'agissait d'une dilatation rénale : 3 échecs.

— 12 fois il s'agissait d'une dilatation urétérale uni ou bi-latérale : 10 améliorations, en précisant cependant que dans 7 cas, l'U.I.V. de contrôle ne fut faite qu'un certain temps après une résection.

Il y a donc eu 5 cas où les œstrogènes à eux seuls eurent un effet utile sur la dilatation de l'arbre urinaire. Mais ce résultat est très inconstant, par le fait que le distilbène ne supprime pas toujours l'état de rétention incomplète de ces malades.

Les images de dilatation à l'U.I.V. ne sont pas constatées uniquement chez des distendus. Chez trois autres malades possédant de tels clichés, le résidu vésical était faible, sinon nul. Pourtant, chez deux d'entre eux, l'urée sanguine s'élevait. Il y avait donc un obstacle extra-vésical plus haut situé. Ce sont de tels cas qui doivent faire penser à une prise des uretères par le néoplasme. C'est le cas de l'observation suivante :

24. Ro...-Du..., 65 ans.

Soigné depuis 1954 aux œstrogènes. Dysurie persiste. En octobre 1957. arrête son traitement 15 jours. Arrive alors dans le service avec anémie, troubles digestifs, état général très bas. Urée à 0,75 gr ‰. U.I.V. : images très pâles. Pas de résidu. Prise des uretères par le néo. Essai de traitement par les cristaux : amélioration relative. Début 1959 : va mal, l'urée monte 1 gr 50 ‰. Œstrogènes + cortisone. Très amélioré en octobre. Urée à 0,60 ‰.

Cette observation est intéressante, car elle montre que par l'association œstrogène-cortisone, on a obtenu un déblocage temporaire des uretères. Ce traitement peut donc réserver des surprises heureuses chez les urémiques non rétentionnistes vésicaux en reperméabilisant les uretères envahis par le néoplasme.

En résumé, l'action du traitement hormonal sur les troubles urinaux, quand il y a stagnation vésicale, est très irrégulière.

- Sur la rétention complète, résultats positifs dans 34 % des cas ;
- Sur la rétention chronique incomplète, résultats dans 40 % des cas ;
- Quand s'y ajoute une distension, l'échec est presque de règle.

Il en résulte que sur les dilatations de l'uretère ou du bassinet, secondaires à une stagnation vésicale, l'amélioration, inconstante d'ailleurs, n'aura lieu que dans la mesure où la stase vésicale disparaîtra.

Quant aux dilatations relatives à un blocage néoplasique des uretères, les œstrogènes, complétés par la cortisone, peuvent aboutir à un heureux résultat.

Des œstrogènes on peut tout espérer, mais leurs nombreux échecs doivent faire souvent envisager la résection endo-urétrale complémentaire.

II. — LA RESECTION

1) Les indications

a) *La résection précoce* : c'est celle que l'on réalise après le traitement d'épreuve aux œstrogènes, quand celui-ci reste sans effet.

Elle trouve ses indications :

— dans les états de rétention complète qui persistent malgré le traitement d'épreuve et la sonde à demeure ;

— dans la rétention chronique avec ou sans distension ;

— chez les malades qui souffrent d'un prostatisme intense, malgré un résidu minime de 100 à 200 cc.

b) *La résection tardive* : est à préconiser dans tous les néoplasmes où le traitement médical épuise son action, avec nouvelle aggravation de la symptomatologie urinaire, les troubles pouvant aller jusqu'à la rétention complète.

c) *La résection différée* : nous appelons ainsi une indication qu'il faut citer car assez fréquente, et dont le malade est lui-même responsable. C'est le cas du néoplasme diagnostiqué et soumis au traitement médical qui réagit bien. L'amélioration est spectaculaire et le sujet, satisfait, interrompt carrément la prise de ses dragées. On le voit revenir, à nouveau gêné, en l'espace de 1 à 2 mois, et la reprise du traitement n'amène plus l'amélioration du début. La résection s'impose.

d) *La répartition dans le temps* des résections en fonction de la date d'institution du traitement se présente ainsi :

→ sur 308 malades, il y a eu 116 résections.

Plus de la moitié des résections intéresse des cas où le traitement d'épreuve fut insuffisant sur le plan urinaire : 66 malades.

Les autres cas se répartissent en fonction du délai d'intervention de la manière suivante :

— 14 résections dans un délai de 2 à 6 mois, traduisant un effet très médiocre ou transitoire des œstrogènes sur l'obstacle urinaire. Mais, le plus souvent, on peut établir que le malade avait suivi irrégulièrement son traitement.

- 6 résections entre 6 mois et 1 an ;
- 9 résections avant 2 ans ;
- 10 résections avant 3 ans ;
- 2 résections avant 4 ans ;
- 5 résections avant 5 ans ;
- 4 résections après 5 ans.

L'intérêt de la résection siège surtout au début du traitement, quand les œstrogènes échouent sur un cortège clinique urinaire déjà bien établi. Au contraire, quand le distillène arrive à atténuer les signes de dysectasie, son action urinaire est durable et ne disparaîtra qu'au terme de la maladie, avec l'épuisement global de son action anti-néoplasique. Sur 30 résections pratiquées après plus de 1 an d'œstrogènes, 12 fois le malade a avoué avoir arrêté son traitement quotidien pendant une période allant de 8 jours à six mois, au bout de laquelle les ennuis urinaires le ramenèrent à la consultation. On peut espérer qu'avec un traitement régulièrement suivi, de telles résections ne se seraient pas justifiées.

En nous résumant, la résection précoce est un acte très utile, sinon indispensable, après un traitement médical d'épreuve peu actif. Quant à la résection tardive, elle pourrait être moins fréquente, ou tout au moins retardée, si le traitement hormonal était toujours parfaitement suivi.

e) La résection est un traitement complémentaire qui trouve ses indications dans toutes les formes de néoplasme prostatique à retentissement urinaire. Ultérieurement, chez les malades prostatectomisés pour adénome, la dysectasie liée à la tumeur maligne peut revêtir une importance telle qu'un deuxième acte chirurgical s'impose, en l'espèce, la résection.

— Citons d'abord le cas du néoplasme découvert au cours d'un Millin pour adénome : *cancer et adénome sont associés*.

— 3 fois la découverte fut per-opératoire, l'aspect macroscopique ou une énucléation difficile évoquant la nature tumorale.

— 26 fois l'adénome fut retrouvé à l'intervention et ce n'est que l'histologie systématique qui révèle le néoplasme.

— 2 fois, le diagnostic ne fut fondé que sur l'évolution.

Parmi ces 31 cas, malgré la prostatectomie et l'institution du traitement hormonal, 8 fois une résection endo-urétrale ultérieure s'affirma nécessaire.

— Il y a ensuite *les néoplasmes de la coque restante*.

- Chez des prostatectomisés anciens, on a vu survenir un néoplasme développé aux dépens de la coque restante dans 16 observations, 7 furent réséqués au moins une fois au cours de leur évolution.
- 10 malades ont été dépistés alors qu'ils avaient subi un Millin pour adénome dans un délai de 2 mois à 1 an auparavant. Il est probable que dans la plupart de ces cas le néoplasme existait déjà à l'état latent, mais que la faible étendue des îlots pathologiques ait mis en échec l'histologie. 3 malades furent ultérieurement réséqués.

25. Mal..., 60 ans.

Prostatectomie pour adénome en 1949. Histologie : néo. Mis aux œstrogènes. Vient dans le service en juillet 1951 : dysurie, pollakiurie à 8-10 mictions par nuit. T.R. : néo probable. U.I.V. : dilation rénale. Résection. On obtient une stabilisation jusqu'en 1956 : mictions faciles, 1 à 2 par nuit. Puis douleurs fesse et épaule. En 1957 : douleurs péri-néales. T.R. : gros lobe droit. Résection. Résultat médiocre. Décès en septembre.

26. Pey... Jacques, 77 ans.

Protatectomie en 1931. Vient en septembre 1951 pour pollakiurie et dysurie depuis 2 ans. Mictions impérieuses sans incontinence. Bon état général. T.R. : coque restante indurée à droite. Résidu : 150 cc. Œstrogènes sans effet. Résection : échec. 2^e résection (2 gr) ; suites simples, amélioration. Décès en novembre 1952.

27. Gon... Joseph, 76 ans.

Prostatectomisé en janvier 1949 pour adénome. Il vient en août car depuis 3 mois : cystite, douleurs anales à la miction, amaigrissement, anorexie. T.R. : coque restante indurée à droite. Résidu : 150 cc. Œstrogènes sans effet urinaire. Résection (2 gr) : histologie négative. Œstrogènes poursuivis. Amélioration de la dysurie. Résidu à 50 cc. Suivi jusqu'en juillet 1950 : bon état général, bon état urinaire. Décès à la fin de 1951.

Sur 57 malades ayant été prostatectomisés pour adénome, le néoplasme de la coque restante nécessita 18 fois une résection, soit dans 31 % des cas.

Sur les 253 autres malades, 98 furent réséqués, soit 39 %.

La résection endo-urétrale a donc la même importance thérapeutique dans le néoplasme prostatique et dans le néoplasme de la coque après prostatectomie.

2) Les suites de la résection

1) *La mortalité* : depuis 1943, début de la résection pour cancer (Professeur Cibert), la technique est pratiquement toujours la même, mais l'emploi des antibiotiques a diminué les risques infectieux.

Sur 116 néoplasmes réséqués qui représentent au total 157 résections :

— pas de mort opératoire :

— 4 décès post-opératoires, dont 2 causés par l'installation d'une néphrite ascendante. L'exitus s'est produit :

— au 4^e jour : hémorragie massive ;

— au 5^e jour : insuffisance rénale ;

— au 5^e jour : hémorragie massive et choc ;

— au 8^e jour : insuffisance rénale.

La mortalité post-opératoire est essentiellement liée à l'hémorragie ou à une défaillance brutale de la fonction rénale. Sur l'ensemble des résections pour cancers, elle atteint 2,6 %.

2) *Les résections en 2 séances* : une des difficultés de l'opération tient au risque de faire un geste excessif : ou bien résection trop importante, d'où incontinence secondaire, ou bien insuffisante et persistance de la scène urinaire antérieure. Devant la menace d'incontinence, on a tendance le plus souvent à réséquer moins, d'où nécessité de s'y reprendre à plusieurs fois.

— Sur 116 malades réséqués, nous relevons 17 résections en 2 séances et 3 en 3 séances.

3) *Les résections itératives* : dans certains cas, la dysectasie en rapport avec la tumeur se reconstitue après résection, d'où une nou-

velle aggravation urinaire. On est contraint de tailler à nouveau dans la masse prostatique.

— Ces résections itératives ont été pratiquées 17 fois, avec dans un cas une résection itérative en 2 séances. Le délai de ces interventions est variable. Mais les cancers dyséctasians qui les motivent ont une prolifération locale telle, que la résection itérative a lieu en général dans un délai assez bref après la première :

- 7 fois elles eurent lieu moins de 1 an après la première résection (3 fois au bout de 2 mois, 4 fois au bout de 4-5-6 et 8 mois). Dans ce cas, il s'agit peut-être de premières résections insuffisantes, ayant amélioré le fonctionnement urétral de façon certaine mais trop brève ;
- 2 résections itératives au bout de 1 an ;
- 3 résections itératives au bout de 2 ans ;
- 3 résections itératives au bout de 4 ans ;
- 2 résections itératives au bout de 6 ans.

4) La morbidité :

a) Complications vraies.

Les complications observées dans les suites opératoires furent :

— 3 cas d'orchite et orchio-épididymite. Cet accident fut donc rare, ce qui confirme le rôle inexistant de la voie déférentielle comme mode d'infection. Car aucun malade ne fut soumis à une ligature des déférents avant la résection. Peut-être faut-il faire jouer un rôle à l'action préventive des œstrogènes ?

— Incontinence après résection :

- 1 cas où cet inconvénient fut important ;

28. Per..., 68 ans.

Prostatisme depuis 18 mois. 1 hématurie il y a un mois. Entre dans le service en septembre 1953. Diagnostic de néo. Mis au distilbène : amélioration. En novembre, nouvelle hématurie ; vessie à 4 travers de doigt. Résection : plus de dysurie ; pas de résidu ; récidive en mai 1955 : résection ; suites simples mais incontinence qui persistera jusqu'au décès en mai 1956.

- 2 cas d'incontinence très légère, dont un après résection en 2 séances (2 gr) ;

- 1 fistule recto-urétrale, chez un malade à un stade très avancé présentant une tumeur volumineuse qui bloquait l'urètre. Cette fistule était en voie d'amélioration quand le malade décédait de métastase cérébrale.

— Hématuries : on en a relevé 7 cas :

- 4 fois, ce sont de petites hématuries récidivantes qui persistent 8-10 jours, ou davantage ;
- 3 fois, hématuries massives nécessitant une transfusion.

— Cystite vraie : 6 cas.

— « Suites fébriles » mal définies, mais d'évolution favorable dans 5 observations.

— 2 cas d'insuffisance cardiaque et d'infarctus du myocarde chez des sujets sans antécédents cardiaques notables. Peut-être ces accidents seraient-ils en rapport avec un passage anormal d'eau d'irrigation dans le réseau veineux prostatique et la circulation générale ?

— On note, en outre, quelques cas d'élévation transitoire de l'urée sanguine.

De ces chiffres, on peut tirer la fréquence des complications. Elle est de l'ordre de 15 %. Les accidents les plus graves actuellement, et directement en rapport avec l'intervention, sont les hémorragies qui surviennent parfois de façon inattendue et massive. Viennent ensuite les orchites et les orché-épididymites, accidents principaux dans le domaine infectieux, mais dont la rareté ne justifie pas la ligature systématique des déférents.

b) Le problème de la diffusion néoplasique après résection.

Aux complications post-opératoires se rattache le problème de la généralisation cancéreuse après résection. On a critiqué l'intervention, car c'est une méthode qui n'est pas conforme aux principes habituels de la chirurgie anti-cancéreuse. C'est un acte qui implique une résection en plein tissu néoplasique, en ouvrant les vaisseaux sanguins et lymphatiques. La pression du liquide d'irrigation est une raison supplémentaire, semble-t-il, pour que les cellules néoformées passent dans la circulation. En pratique cependant, il ne semble pas que les malades réséqués évoluent plus vite vers la dissémination métastatique que ceux n'ayant jamais été opérés.

Certes, il est des observations où manifestement, dans les semaines suivant la résection, un nouvel examen montre l'installation d'une carcinose prostatopelvienne. Nous en avons 1 malade.

Mol..., Antonin, 68 ans.

Prostatisme depuis 10 ans aggravé depuis 1 mois. Entre en décembre 1955 en rétention incomplète. Mauvais état général. T.R. : prostate peu volumineuse mais très dure. Phosphatases : 200 uB. Urée : 0,55 ‰. Œstrogènes puis résection le 13 décembre (3 gr). Amélioration. Mais le 5 janvier 1956 : carcinose prostatopelvienne avec urée à 1,25. Compression probable des uretères. Baisse de l'état général. Intervention impossible. Décède fin janvier.

Quant à l'apparition de métastases dans les suites de la résection, nous pouvons en citer 2 cas certains :

Mus..., 68 ans.

Prostatisme depuis 3 ans. Son médecin a institué un traitement œstrogénique. A interrompu son traitement depuis 3 semaines. Nouvelle aggravation. Vient en novembre 1955. T.R. : prostate peu volumineuse, assez molle (œstrogènes). Urée à 0,80 ‰. Phosphatases : 460 uB. Résection nécessaire, 2 séances (9 g puis 3 g). Histo. : épithélioma indifférencié. Revient début février 1956, car il présente une ostéose cancéreuse diffuse de l'omoplate et humérus droits. Traité par radiothérapie. Part en avril. Perdu de vue.

Bar..., 73 ans.

Prostatectomisé en 1955. Vient en 1956 pour pollakiurie. Amaigrissement 15 kgs en 5 mois. T.R. : coque très dure. Pas de métastase. Effet médiocre des œstrogènes sur les troubles urinaires. Résection en août 1956 : épithélioma atypique glanduliforme et anaplasique. 15 jours plus tard : métastase du bassin. Décède de son néo en avril 1957.

Chez tous les autres malades, on ne put mettre en cause la résection, les métastases apparaissant longtemps après, ou bien existant déjà.

Par ailleurs, la révélation brutale d'une carcinose prostatopelvienne ou d'une métastase se voit chez des malades au seul traitement œstrogénique.

La résection peut donc amener la diffusion d'une tumeur jusqu'ici localisée, mais ces faits, peu fréquents, peuvent être considérés comme des accidents de peu d'importance en face des avantages que l'opération apporte au malade du point de vue symptomatique.

Le seul fait qui doit être noté, c'est que la résection favorise peut-être la multiplication des localisations néoplasiques quand le cancer est déjà métastatique. Dans 8 cas de malades réséqués et possédant déjà une métastase osseuse, d'autres îlots malins sont apparus dans

les 6 mois qui suivirent. Mais peut-on dire alors que le pronostic déjà péjoratif soit encore assombri ?

En somme, les objections faites en théorie à cette opération ne doivent pas être retenues en pratique. Il faut sans doute y voir une modification du milieu interne sous l'action des œstrogènes qui créent des conditions néfastes à la prolifération des cellules embolisées.

5) *Les délais de survie après résection :*

Ils varient dans des limites très larges, et, avant tout, en fonction du stade d'évolution de la tumeur. La survie peut être importante dans les cancers précocement réséqués. Elle peut devenir négligeable dans les cas d'une néoformation en fin d'évolution, la résection n'ayant d'autre but que de remplacer avec avantage la cystostomie autrefois classique. Du point de vue pronostic, on peut dire que l'espoir de survie sera plus grand après résection quand celle-ci sera plus précoce, donc, qu'elle est sans influence sur la survie générale du cancéreux

Pourtant, même dans les résections tardives, il peut arriver qu'on obtienne une amélioration urinaire prolongée.

Sur une série de 22 résections réalisées après 2 ans d'œstrogènes, on a observé :

- 2 cas de décès en moins de 3 mois ;
- 5 cas où la rémission est supérieure à 3 mois ;
- 4 cas où la rémission est supérieure à 1 an ;
- 5 cas où la rémission est supérieure à 2 ans ;
- 2 cas où la rémission est supérieure à 3 ans ;
- 4 cas où plusieurs résections furent faites à intervalles éloignés, permettant à des malades longtemps stabilisés par les œstrogènes un bon confort urinaire.

29. Exemple de l'observation de Car... Louis, 68 ans.

Néo diagnostiqué et traité depuis janvier 1949. En mars 1952, est revu car nouveaux troubles par arrêt du traitement depuis 6 mois. Les œstrogènes l'améliorent. En juillet 1954 : rétention aiguë par nouvel arrêt. Résection (4 gr) : épithélioma métatypique infiltrant. Va bien jusqu'en 1957 où apparaissent cystite, pyurie et pollakiurie. Résection en janvier 1958. Nouvelle amélioration. Décès en décembre.

D'après les 116 néoplasmes réséqués, le délai moyen de survie après la première résection s'établit à 17 mois.

PLACE DE LA RESECTION

La résection endo-urétrale fut un grand progrès dans le traitement palliatif du cancer de la prostate. Puis, les espoirs que suscitérent les œstrogènes, à leur début, firent penser que cette résection était désormais dépassée et le plus souvent inutile.

Le Professeur Cibert montra en 1949, dans une communication sur les résultats du traitement hormonal, que la résection avait fortement diminué depuis l'usage du distilbène, puisqu'il citait 53 cas de cancers réséqués de 1945 à 1949 dans le grand service du Pavillon V. Néanmoins, cette opération était toujours utilisée.

Il semble bien que depuis cette époque la résection a conservé son rôle, bien que secondaire évidemment.

Sur les 308 observations recueillies dans le Service du Docteur Perrin, nous en relevons 116 où une résection au moins fut pratiquée.

— La résection précoce a été la plus fréquente et aussi la plus intéressante. Elle permet en général de soulager le malade lorsque le distilbène administré depuis 15 jours ou 3 semaines ne laisse pas entrevoir un soulagement urinaire suffisant. Elle a eu son indication majeure chez les rétentionnistes rebelles aux œstrogènes.

- Rétention complète.

- Rétention incomplète, avec ou sans distension.

— L'opération a été utilisée avec profit après une longue période de traitement médical, quand l'épuisement des produits jusqu'alors actifs s'est fait sentir. Dans ces cas, la résection a le grand mérite de maintenir, jusqu'à la fin, un confort relatif du côté urinaire chez des malades autrefois condamnés à la cystostomie.

— La fréquence de la résection demeure importante en raison d'un autre fait : la difficulté de faire comprendre au malade la nécessité d'un traitement quotidien et indéfini. Beaucoup de malades sont faus-

sement rassurés par la transformation que leur procurent les œstrogènes, et devant la régression de leurs symptômes ils arrêtent le traitement. La reprise de la dysurie et de la pollakiurie, voire l'installation d'une rétention, nécessitent souvent la résection.

C'est là d'ailleurs une condition essentielle que la persévérance journalière dans l'application de la thérapeutique, pour obtenir des résultats valables. Ce fait explique une différence que nous avons constatée entre les 2 séries de malades :

— à l'hôpital, bon nombre de malades sont vus plus tardivement et surtout, par indifférence ou insuffisance matérielle, ne sont plus revus régulièrement après leur départ du Service ;

— les malades de clientèle, au contraire, sont souvent de petits inquiets, et de toute façon, des gens qui semblent suivre davantage les conseils du médecin. Ceci explique sans doute la répartition des résections entre les 2 séries de malades.

Au total, 116 néoplasmes ont nécessité au moins 1 résection :

— 91 sur 200 malades hospitaliers, soit près de 1 sur 2 ;

— 25 sur 108 malades de clientèle, soit un peu moins de 1 sur 4.

La répartition de ces cas est la suivante :

<i>Résections</i>	<i>Hôpital</i>	<i>Malades à titre externe</i>
— après traitement d'épreuve ...	26	9
— différée	27	0
— tardive	20	10
— néoplasme de la coque	9 sur 13 cas	1 sur 7 cas
— néoplasme découvert par Millin	9 sur 19 cas	5 sur 16 cas

Nous avons appelé résections différées, celles qui furent réalisées dans les conditions suivantes : il s'agit de malades dépistés qui ont été mis aux œstrogènes qui se sont avérés actifs et améliorent leur état. Ces malades sont revus de 2 à 3 mois plus tard, à nouveau très gênés. Donc, la rémission est très temporaire.

Dans 16 cas, on a pu constater par l'interrogatoire que le sujet a suivi son traitement de façon irrégulière, ne prenant pas ses dragées tous les jours, ou les ayant purement supprimées.

Il y a donc un certain nombre de résections qui pourraient être évitées par la simple habitude d'un traitement quotidien.

Il en est de même pour certaines résections tardives sur des néoplasmes à évolution lente, traitées depuis plusieurs années. D'ailleurs, l'arrêt du traitement est dicté souvent par les troubles mineurs liés au médicament (gynécomastie douloureuse, par exemple). Il y a enfin les intolérances vraies qui limitent les doses et empêchent le produit d'être efficace.

Ces faits montrent l'avantage qu'on a parfois à changer de médicament et à utiliser un œstrogène à longue action (posologie hebdomadaire ou bi-mensuelle) ou bien changer la voie d'administration (utilité des cristaux et des pellets).

Globalement, nous arrivons ainsi à 37,7 % de néoplasmes réséqués.

La résection endo-urétrale pour cancer de la prostate est moins utilisée qu'autrefois, mais aujourd'hui encore, 1 cancer sur 3 doit subir une résection. C'est une opération qui conserve des risques : elle doit être répétée parfois. Elle n'a évidemment aucune action sur la survie et le pronostic. Mais elle peut donner des résultats spectaculaires dans les tumeurs à séméiologie urinaire dominante où le traitement médical échoue. Elle permet enfin au malade, jusqu'à l'issue de l'affection, la miction par la voie naturelle.

CONCLUSIONS

— Grâce à 308 observations, nous étudions les résultats du traitement du cancer de la prostate par les œstrogènes complétés par la résection transurétrale, lorsque les troubles mécaniques de l'évacuation vésicale la rendent indispensable.

La survie globale des malades étudiés dépasse 2 ans dans 75 % des cas, 3 ans dans 60 %, 5 ans dans 25 %.

— L'efficacité du traitement hormonal jugé par l'amélioration clinique générale a été manifeste dans 68 % des cas. Elle a été très médiocre ou nulle dans 32 %.

— L'action du traitement hormonal sur les troubles mécaniques est variable suivant leur importance. La rétention complète cède dans 34 % des cas. Les stagnations avec rétention incomplète sont améliorées dans 40 % des cas. L'échec est presque de règle dans les distensions vésicales.

— La résection transurétrale s'est avérée nécessaire à titre complémentaire du traitement hormonal dans plus de 37 % des cas.

Ces résections ont été précoces dans 50 % des cas, en raison de l'inefficacité des œstrogènes.

Pour les 50 % restants, la résection fut nécessitée par l'arrêt du traitement médical du fait de l'indocilité du malade (résection différée) ou par l'épuisement de l'action du médicament (résection tardive).

— La mortalité de la résection atteint 2,6 % des cas. La survie est variable suivant le moment de l'évolution où l'intervention a été pratiquée. Elle est en moyenne de 17 mois.

— Malgré la très grande efficacité du traitement hormonal qui a entraîné la réduction des indications de la résection transurétrale dans la thérapeutique du cancer de la prostate, la place de cette intervention demeure encore grande, puisque 1 malade sur 3 en est justiciable.

Vu : Le Doyen
H. HERMANN.

Le Président de la Thèse :
M. le Pr. CIBERT.

Vu et permis d'imprimer :
LYON, le 7 Juin 1960

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université :
André ALLIX.

BIBLIOGRAPHIE

- ARCADI. — Influence of hormones upon some constituents of connective tissue in prostatic cancer. *Tex. Rep. Biol. Med.*, 1955, 13, 590-602.
- BIANCHERI, GAMBETTA. — Il cancro della prostata. Rassegna sintetica e contributo personale degli attuale orientamenti clinico diagnostici e terapeutici. *Minerva Med. Torino*, 1956, 1, 487-493.
- BARNETSON. — L'épithélioma latent de la prostate. *Sem. Hôp. Paris*, 1954, 30, A 120, A 132.
- BODANSKY. — Serum phosphohexose isomerase in cancer. III. As index of tumor growth in metastatic carcinoma of the prostate. *Cancer N.Y.*, 1955, 8, 1.087-1.114.
- BOUCHARD. — Le traitement du cancer de la prostate. *Progr. Méd.*, 1955, 83, 376-380.
- CIBERT (J.). — La résection trans-urétrale dans le traitement du cancer de la prostate. *Académie de Chirurgie*, 16 juin 1943, p. 355.
- CIBERT (J.). — Résultats du traitement hormonal du cancer de la prostate. *J. Urol. Paris*, 1949, 55, 705-710.
- CREEVY (C.D.). — The importance of hemolysis during transurethral resection. *J. Urol.*, 1952, 68, 324-328.
- COLBY. — Early carcinoma of the prostate : diagnosis and treatment. *J. Mich. Med. Soc.*, 1955, 54, 463-465.
- CHIEREGO et FABRIS. — La terapia del cancro della prostata con estrogeni fosforilati (Difosfato di essestrolò). *Arch. It. Urol.*, 1956, 29, 357-381.
- COTTET, LAROCHE, VARAY. — *Thérapeutique médicale*, 1953.
- DENIS. — Influence des œstrogènes sur la mortalité des malades atteints de cancer de la prostate. *J. Urol.*, 1952, 58, 49-50.
- EMERSON et JESSIMAN. — Hormonal influences on the growth and progression of cancer. Tests for hormone dependency in mammary gland. *New Engl. J. Med.*, 1956, 254, 252-258.
- FEY et LANG. — A propos du traitement du cancer de la prostate par les œstrogènes. *J. Urol.*, 1950, Paris, 56, 223-227.
- FEYTE (H.). — Le diagnostic du cancer de la prostate en fonction des aspects anatomo-pathologiques. *Thèse*, Bordeaux, 1956.
- GANEM. — Carcinoma of the prostate gland : 5 - year Survival following antiandrogenic treatment. *J. Urol.*, 1955, 74, 804-808.

- GANEM. — Influence of transurethral resection on survival in advanced prostatic carcinoma. *Surgery*, 1956, 40, 1.081-1.084.
- GENNES et LAROCHE. — Le traitement hormonal du cancer de la prostate. *Presse Méd.*, 1945, 53, 163-165.
- GIRONCOLI. — La terapia del carcinoma della prostata. *Urologia*, 1955, 22, 326-338.
- HAGSTROM (R.S.). — Studies on fluid absorption during transurethral prostatic resection.
- HAMMOND, RODARTE. — Endocrine therapy in advanced carcinoma of prostate and of the breast. *Med. Clin. N. Amer.*, 1955, 39, 1.181-1.188.
- HESS. — Cancer of the prostate. *Rocky Mtn. Med. J.*, 1956, 53, 24-27.
- HINMANN, SMITH. — Non specific cortisone effects from ACTH administration in advanced prostatic carcinoma. *J. Urol.*, 1957, 77, 305-311.
- HJORT. — Svitken i den palpatoriske diagnose av hypertrofi og cancer prostatae. *Tidsskr. Norske Loegeforen*, 1956, 76, 915-916.
- HUGGINS (C.). — Studies on prostatic cancer. The effects of castration on advanced carcinoma of the prostate gland. *Arch. Surg.*, 1941, 43, 209.
- JENTZER, WEYENETH. — Cancer de la prostate et son traitement hormonal par le Canpro (complexe d'hormones naturelles). *Praxis*, 1956, 45, 1.197-1.199.
- KLIKA. — Carcinoma prostatae, Seine diagnostik und therapie. *Wien. Med. Wschr.*, 1957, 107, 231-236.
- KUSS. — Traitement du cancer de la prostate. *J. Med. Chir. Prat.*, 1957, 128, 147-151.
- Mc LAUGHLIN. — Oliguria following transurethral resection of the prostatic gland. *J. Urol.*, 1947, 58, 47-60.
- MAÇDER (E.). — Hormonothérapie du cancer prostatique. *Conf. d'actualités pratiques*, 1955, Cancer.
- PENA (A. de la), CASTRO (de). — Tratamiento del cancer prostatico Estado actual. Datos histopathologicos. *Cons. Gen. Col. Med. Esp.*, 1956, 19, 98, 7-23.
- RAY. — Endocrine therapy of prostatic carcinoma. *J. Amer. Med. Ass.*, 1957, 163 1.008-1.010.
- STANBITZ (W.J.) et OBERKIRCHER (O.J.) et LENT. — Clinical results of treatment of prostatic carcinoma over 10 years period. *J. Urol.*, 1954, 72, 939.
- TACHOT. — Quelle hormone masculine ou féminine prescrire à un prostatique ? *Jour. Méd. Lyon*, 20 juin 1954, n° 827.
- WRAY. — Significance of the blood acid and alkaline phosphatase values in the cancer of the prostate. *J. Clin. Path.*, 1956, 9, 341-346.

TABLE DES MATIERES

Introduction	13
Technique de la résection	15
Les éléments de la statistique	19
Bilan thérapeutique	23
— Action du traitement hormonal	25
— La résection	34
Place de la résection	43
Conclusions	47
Bibliographie	49

